

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do sprzętu rehabilitacyjnego

Imię i nazwisko:
Adres:
PESEL:
Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> choroba psychiczna <input type="checkbox"/> epilepsja <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia <input type="checkbox"/> inne
Stwierdza się, że w/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w zakresie:
Zalecany sprzęt rehabilitacyjny:
Stwierdza się, że zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu powyższego sprzętu rehabilitacyjnego.	

.....
(Data)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza specjalisty)